

**Irena Milaniak**

Krakowska Akademia im. A. Frycza Modrzewskiego,  
Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych

**OCENA STOPNIA PRZESTRZEGANIA ZALECEŃ  
TERAPEUTYCZNYCH WŚRÓD UCZESTNIKÓW  
UNIwersYTETU NIEGASNĄCEJ MŁODOŚCI I SZKOLEŃ  
DLA PACJENTÓW I ICH RODZIN**

adres korespondencyjny:

**Irena Milaniak, Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II,  
Oddział Kliniczny Chirurgii Serca, Naczyń i Transplantologii  
ul. Prądnicka 80, 31-202 Kraków  
e-mail: imilan@szpitaljp2.krakow.pl**

**Streszczenie:** Niestosowanie się do zaleceń dotyczących farmakoterapii i trybu życia – to świadome nieprzestrzeganie zaleceń zespołu terapeutycznego (całkowite lub częściowe, stałe lub okresowe). Zjawisko to stwarza wiele niebezpieczeństw, szczególnie w leczeniu chorób przewlekłych. Właściwe leczenie chorób cywilizacyjnych wymaga również przestrzegania zaleceń dotyczących stylu życia. Celem badania była ocena stopnia przestrzegania zaleceń terapeutycznych wśród uczestników Uniwersytetu Niegasnącej Młodości i szkoleń dla pacjentów i ich rodzin. Badania przeprowadzono wśród 66 uczestników Uniwersytetu Niegasnącej Młodości i szkoleń dla pacjentów i ich rodzin w Krakowskim Szpitalu Specjalistycznym im. Jana Pawła II. Do ich przeprowadzenia wykorzystano Zmodyfikowaną Skalę Morisky’ego oraz pytania własnego autorstwa dotyczące stylu życia, przyczyn nieprzestrzegania zaleceń oraz metod poprawiających przestrzeganie zaleceń. Badaną grupę stanowiło 14 mężczyzn i 52 kobiet. Badani ocenili stopień przestrzegania zaleceń średnio na poziomie 7,78. 66,66% zapomniało przyjąć leki, 51,51% nie przestrzegało godzin przyjmowania leków, 28,71% pomijało dawkę leku, jeżeli czuli

się dobrze, a 31,81% kiedy czuli się źle. 66,66% zostało poinformowanych o działaniu leków; 81,81% nie zapominało o przedłużeniu recepty na leki. BMI badanej grupy wyniosło średnio 26,24. 50% przynajmniej raz w tygodniu uprawia aktywność fizyczną. Wśród przyczyn nieprzestrzegania zaleceń najczęściej wskazywano utrudniony kontakt z lekarzem, obawę o niepożądane działanie leku, obawę o interakcje z innymi lekami. Do przestrzegania zaleceń badaną grupę skłoniłyby: szkolenia dla pacjentów, osobiste przekonania, tańsze leki. W badanej grupie stwierdzono niski poziom motywacji (zapominanie, nieprzestrzeganie godzin, przerywanie leczenia) przy jednocześnie dużej wiedzy. Istnieje zatem potrzeba zmiany zachowań przez szkolenia dla pacjentów za zakresu przestrzegania zaleceń terapeutycznych.

**słowa kluczowe:** przestrzeganie zaleceń, styl życia, pacjent

## Wprowadzenie

Przestrzeganie zaleceń terapeutycznych dotyczących, między innymi, przyjmowania leków, diety, zdrowego stylu życia, jest kluczowym warunkiem efektywnej terapii we wszystkich schorzeniach XXI wieku, ale ponadto jest też wyzwaniem dla całego zespołu terapeutycznego. Jak wskazują badania Naukowej Fundacji Polpharmy, co czwarty chory w Polsce nie stosuje się do zaleceń terapeutycznych [1]. Konsekwencje nieprzestrzegania zaleceń lekarskich są kosztowne zarówno dla pacjenta, jak i systemu ochrony zdrowia. Zmniejsza się skuteczność leczenia, następuje wzrost zapotrzebowania na kolejne porady lekarskie, często konieczna jest hospitalizacja, pojawiają się dodatkowe koszty związane z leczeniem bardziej zaawansowanych stanów chorobowych czy powikłań już istniejących. Z badań przeprowadzonych przez Kardasa wynika, że dodatkowe koszty, jakie ponosi z tego tytułu system opieki zdrowotnej można szacować na ok. 6 mld rocznie [2]. Nieprzestrzeganie zaleceń terapii stanowi przyczynę medycznych i psychologicznych powikłań choroby podstawowej, obniża jakość życia pacjentów, powoduje wzrost prawdopodobieństwa rozwoju odporności na leki, marnotrawienie zasobów opieki zdrowotnej i obniża zaufanie ludzi do systemu ochrony zdrowia [3].

Przestrzeganie zaleceń (*adherence*) to nie tylko przyjmowanie leków, lecz całościowe akceptowanie instrukcji terapeutycznych, czyli stopień, do jakiego zachowanie pacjenta jest zgodne z ustalonymi z pracownikiem medycznym zaleceniami [4]. Początkowo częściej stosowano termin *compliance*, czyli stopień, do jakiego zachowanie pacjenta (w zakresie farmakoterapii, diety i dokonywania zmian w stylu życia) jest zgodne z zaleceniami medycznymi [5]. Pojawiły się jednak sugestie, że podejście to traktuje relacje pacjent–lekarz paternalistycznie, a winę za nieprzestrzeganie zaleceń ponosi tylko sam pacjent. Tymczasem pacjent powinien uczestniczyć w kształtowaniu swoich zaleceń. Pacjent staje się

wówczas partnerem lekarza, pielęgniarki i innych osób sprawujących nad nim opiekę. Ma to znaczenie zwłaszcza w chorobach przewlekłych, które przebiegają w sposób długotrwały, związane są z istotnymi dolegliwościami, nieodwracalnymi zmianami patofizjologicznymi, wymagają rozważenia rehabilitacji oraz systematycznej kontroli leczenia.

Pojęcie przestrzegania zaleceń obejmuje, prócz wskazówek dotyczących farmakoterapii, te dotyczące innych zachowań związanych ze zdrowiem [6]: szukanie pomocy medycznej, wypełnianie zaleceń, szczepienia ochronne, przestrzeganie wyznaczonych wizyt, zmiana w zachowaniach związanych z kontrolą masy ciała, chorobami przewlekłymi (cukrzyca, astma), z ograniczeniem palenia, antykoncepcją, ograniczeniem ryzykownych zachowań seksualnych, rezygnacją z niezdrowej diety czy zwiększeniem aktywności fizycznej.

Niezgodne z zaleceniami otrzymanymi od lekarza (lub innego pracownika medycznego) stosowanie przez pacjentów leków i nieprzestrzeganie zaleceń dotyczących zachowań zdrowotnych będzie określane terminem nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych. Terminy związane z nieprzestrzeganiem zaleceń pojawiają wśród diagnoz pielęgniarskich i lekarskich. Już w 1995 roku NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) umieściło „brak współpracy” (*noncompliance*) w diagnozach pielęgniarskich. W polskim opracowaniu znalazł się ten termin w zachowaniach związanych ze zdrowiem jako często występujący w praktyce pielęgniarskiej. Płaszewska-Żywko definiuje diagnozę pielęgniarską jako niestosowanie się do zaleceń dotyczących farmakoterapii i trybu życia, jako świadome lub nieświadome nieprzestrzeganie zaleceń zespołu terapeutycznego [7]. W terminach zaproponowanych przez Międzynarodową Klasyfikację Opieki Pielęgniarskiej wśród diagnoz znalazły się określenia: nieprzestrzeganie terapii farmakologicznej, nieprzestrzeganie zaleceń ćwiczeń [8]. W planowaniu opieki opartej na dowodach sugerowane rozpoznania pielęgniarskie dot. nieprzestrzegania zaleceń to określenia: brak współpracy w leczeniu związany z wypieraniem występowania choroby, niedostateczna wiedza, nieprzestrzeganie zaleceń prozdrowotnych [9]. Czynniki mające wpływ na stopień przestrzegania zaleceń przedstawiono w tabeli 1 [10–13].

Podsumowując przyczyny nieprzestrzegania zaleceń, można na podstawie wyników badań opublikowanych w *Evidence Based Nursing* (EBN) ująć w pięciu głównych kategoriach [14]:

- 1) postrzeganie efektów ubocznych oraz metody radzenia sobie z nimi (pomińanie dawek, przestanie zażywania leków);
- 2) poglądy i działania dotyczące stosowania leków (dopasowanie dawek w zależności od dziennej aktywności – za mało, za dużo, wiara w skuteczność swoich działań);
- 3) zaburzenia psychiczne, sensoryczne, kognitywne wpływające na zażywanie leków (niepamiętanie o zażyciu leków, zażycie kilku leków na raz bez względu na skutki uboczne);

- 4) brak informacji o działaniu leków, jak zażywać leki;
- 5) problemy z dostępem do opieki zdrowotnej.

Tabela 1. Czynniki mające wpływ na poziom przestrzegania zaleceń

	Czynniki emocjonalne (wewnętrzne)	Czynniki racjonalne (zewnętrzne)
Ze strony chorego	Postawa pacjenta wobec choroby i potrzeby leczenia	Tryb życia (aktywność zawodowa, dieta, nadużywanie alkoholu, narkotyków)
	Osobowość pacjenta (depresja, lęk)	Posiadanie/obecność rodziny
	Postawa otoczenia/rodziny	Wsparcie społeczne (brak, złe relacje)
	Postawa pacjenta wobec leków	Płeć chorego (męska)
	Zaufanie do środowiska medycznego	Wiek (młody, osoby w podeszłym wieku)
		Wiedza o konsekwencjach choroby
Ze strony lekarza/innych profesjonalistów	Jakość relacji pacjent/lekarz/pielęgniarka/inny	Poziom wykształcenia
	Podjęcie do pacjenta	Dostęp do lekarza
		Częstość i czas trwania wizyt
		Dostęp do badań medycznych
Związane z chorobą		Koszty terapii
	Postawa wobec hospitalizacji	Okres trwania choroby
		Występowanie odczuwalnych objawów choroby
		Schemat terapeutyczny
		Skutki uboczne leczenia
		Negatywne przekonania na temat działania leków
		Efekty leczenia

Aby podjąć skuteczne interwencje mające na celu włączenie pacjenta do współpracy, należy poznać przyczyny niestosowania się do zaleceń. Znajomość powyższych pozwala personelowi medycznemu na podjęcie interwencji w zakresie działań psychoedukacyjnych, wpływających na wiedzę, postawy i zachowania.

Na podstawie przeglądu piśmiennictwa i badań randomizowanych z grupą kontrolną, skuteczne interwencje, których celem jest poprawa przestrzegania zaleceń, można podzielić na następujące kategorie [15–17]:

- ocena przestrzegania zaleceń terapeutycznych z wykorzystaniem standaryzowanych narzędzi, bez znamion straszenia pacjenta,
- edukacja chorego mająca na celu poprawienie jego wiedzy (werbalna, materiały drukowane, internet),
- wpływanie na zmianę zachowań (samoopieka, urządzenia przypominające),
- interwencje kliniczne (poprawa schematu dawkowania leków, monitorowanie skutków ubocznych przyjmowanych leków, informacja o lekach),

- nagradzanie i wzmacnianie pozytywnych zachowań: pokazywanie pozytywnych efektów klinicznych przestrzegania zaleceń,
- poprawa dostępności do lekarza/pielęgniarki,
- poprawa relacji pacjent–lekarz/pielęgniarka.

Pojedyncze interwencje mają jednak skuteczność daleką od oczekiwań, dlatego tylko kombinacja interwencji i ich powtarzalność może przynieść długotrwałe efekty [15].

Głównym celem przeprowadzonego badania była ocena stopnia przestrzegania zaleceń terapeutycznych wśród uczestników Uniwersytetu Niegasnącej Młodości (UNM) i szkoleń dla pacjentów i ich rodzin.

## **Materiał i metody**

Badania przeprowadzono wśród 66 uczestników UNM i szkoleń dla pacjentów i ich rodzin w Krakowskim Szpitalu Specjalistycznym im. Jana Pawła II w 2013 roku, w trakcie szkolenia związanego z przestrzeganiem zaleceń. Uniwersytet Niegasnącej Młodości to projekt edukacyjny skierowany do seniorów w wieku 60+, realizowany w Krakowskim Szpitalu Specjalistycznym im. Jana Pawła II, w ramach którego odbywają się szkolenia z zakresu ochrony zdrowia, psychologii, nowych technologii, środowiska przyrodniczego, kultury i sztuki, prawa i bezpieczeństwa. Rekrutacja odbywa się przez rejestrację i dobrowolną pomoc innym osobom w formie wolontariatu. Program zajęć jest podzielony na dwa semestry (zajęcia odbywają 1 raz w tygodniu).

Uczestnictwo w badaniu było dobrowolne, a kwestionariusz ankiety był anonimowy. Kwestionariusze w wersji papierowej zostały wręczone osobiście i wypełnione w obecności autora w trakcie szkolenia edukacyjnego na temat przestrzegania zaleceń terapeutycznych.

Do przeprowadzenia badań wykorzystano Zmodyfikowaną Skalę Morisky'ego (MMS), składającą się z 6 pytań oceniających motywację i poziom wiedzy [18]. Jest to narzędzie uniwersalne, nieprzeznaczone dla określonej grupy chorych. Kwestionariusz ten został zbadany na 400-osobowej losowo wybranej grupie osób z nadciśnieniem tętniczym. Wyniki uzyskane za pomocą kwestionariusza korelowały z kontrolą ciśnienia tętniczego. Badania dotyczące właściwości psychometrycznych MMS wykazały, że narzędzie to charakteryzuje się dobrą zgodnością wewnętrzną i trafnością ( $\alpha$  Cronbacha = 0,61). W kwestionariuszu MMS zastosowano pytania typu rozstrzygnięcia z odpowiedziami tak/nie. W celu oceny motywacji i poziomu wiedzy zliczono odpowiedzi „nie” osobno dla pytań 1, 2, 6 (motywacja) i 3, 4, 5 (wiedza). Dla pytań 1, 2, 3, 4, 6 punktacja dla „tak” – 0, dla „nie” – 1; dla pytania 5, punktacja dla „tak” – 1, dla „nie” – 0. Średnia pomiędzy 0–1 oznacza niską motywację/niski poziom wiedzy; pomiędzy 2–3 wysoką motywację/wysoki poziom wiedzy. W kwestionariuszu

zawarto również pytania własnego autorstwa dotyczące stylu życia, przyczyn nieprzestrzegania zaleceń oraz metod poprawiających przestrzeganie zaleceń. Zgromadzony materiał badawczy poddano weryfikacji statystycznej przy użyciu Microsoft Excel i Statistica v. 10.

Dla danych ilościowych wyliczono średnią ( $\bar{x}$ ), odchylenie standardowe (SD), medianę (me) oraz podano wartości minimalne i maksymalne.

W przypadku danych jakościowych wyliczono odsetki w analizowanych podgrupach. Normalność rozkładów danych ilościowych oceniono na podstawie wyników testu normalności rozkładu Shapiro-Wilka. Do porównania różnic w średnich wartościach badanych cech ilościowych zastosowano testy nieparametryczne: U Manna-Whitneya oraz Kruskala Wallisa. Dla badania zależności pomiędzy zmiennymi wykonano nieparametryczne analizy korelacyjne (Spearmana) oraz modele regresji wielorakiej. We wszystkich analizach przyjęto poziom istotności  $\alpha = 0,05$ .

Grupę badaną stanowiło 66 osób, 14 mężczyzn i 52 kobiety. Średnia wieku badanej grupy wyniosła 68,53 lata ( $\pm 6,49$ ) od 53 do 83 lat. Zdecydowana większość badanych mieszkała w mieście (93,93%). Co drugi badany (87,88%) nie był czynny zawodowo i pozostawał na rencie bądź emeryturze. Dominującym wykształceniem było wyższe ( $n = 45$ , 68,18%) oraz średnie ( $n = 29$ ; 28,78%). Połowa badanej grupy pozostawała w związku małżeńskim ( $n = 33$ ; 50%); 16 badanych wskazało, że jest wdową/wdowcem (24,24%) i 9, że jest rozwiedzionych (13,63%).

Do najczęściej wskazywanych chorób należało nadciśnienie tętnicze (42 chorych), w dalszej kolejności choroba niedokrwienna serca ( $n = 21$ ), cukrzyca ( $n = 8$ ). Ponad połowa badanych miała więcej niż jedno schorzenie (57,57%).

## Wyniki

### Ocena przestrzegania zaleceń

W samoocenie przestrzegania zaleceń w skali od 0 do 10, badana grupa oceniła swój stopień przestrzegania zaleceń średnio na 7,78 ( $\pm 1,97$ ). Tylko 27,27% oceniło, że bardzo przestrzega zaleceń, a 19,69%, oceniło stopień przestrzegania zaleceń na poziomie niskim ( $\leq 5$ ).

W ocenie przestrzegania zaleceń w zakresie farmakoterapii stwierdzono, że ponad połowa badanych przyznała, iż zapomniiała zażyć swoich leków i nie przestrzega godzin przyjmowania leków, przy czym zdecydowana większość badanych nie zapomina o receptach na leki. W ocenie wiedzy stwierdzono, że badana grupa nie przerywa terapii w zależności od samopoczucia i została poinformowana o długotrwałym działaniu leków. Wykazano, że badana grupa ma przeciętny poziom wiedzy oraz nieco niższą motywację (tab. 2). Nie wykazano

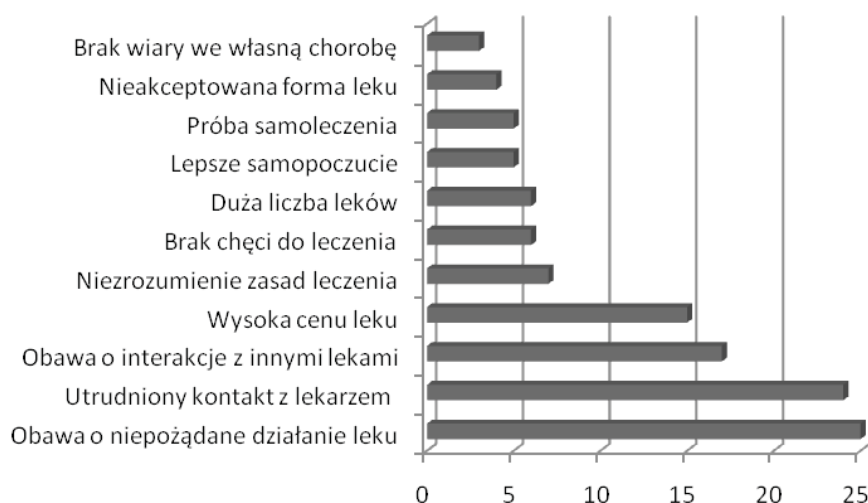
znamiennie statystycznie różnicy pomiędzy płcią badanych a samooceną przestrzegania zaleceń i przestrzegania zaleceń farmakologicznych oraz miejscem zamieszkania ( $p > 0,05$ ).

Liczba przyjmowanych leków również nie determinowała przestrzegania zaleceń. Stwierdzono ujemny związek pomiędzy dokonaną samooceną zaleceń a motywacją do przestrzegania zaleceń: zapominanie przyjęcia leku ( $r = -0,37$ ,  $p < 0,05$ ); nieprzestrzeganie czasu przyjmowania leku ( $r = -0,30$ ,  $p < 0,05$ ) i pomijanie dawek leku w przypadku złego/dobrego samopoczucia ( $r = -,030$ ,  $p < 0,05$ ). Zmienna „samoocena przestrzegania zaleceń” wyjaśniała 12% wariancji zmiennych zależnych związanych z motywacją do przestrzegania zaleceń ( $R^2 = 0,12$ ,  $F(1,64) = 9,2682$   $p < ,003$ ). Stwierdzono odwrotną korelację pomiędzy nieprzestrzeganiem czasu przyjmowania leków a wiekiem badanych ( $r = -0,31$ ,  $p < 0,05$ ). Stwierdzono ujemną zależność pomiędzy liczbą przyjmowanych leków nieprzestrzeganiem czasu przyjmowania leków ( $r = -0,31$ ,  $p < 0,05$ ). Dodatnią zależność wykazano pomiędzy samooceną zaleceń a otrzymaniem informacji na temat długotrwałego działania przyjmowanych leków ( $r = 0,25$ ,  $p < 0,05$ ).

Tabela 2. Wiedza i motywacja a przestrzeganie zaleceń

Pytanie	Motywacja n (%)	Wiedza n (%)
Czy kiedykolwiek zapomniałeś zażyć swoich leków?	Tak 44 (66,66) Nie 22 (33,33)	
Czy przestrzegasz godzin zażywania leków?	Tak 34 (51,51) Nie 32 (48,48)	
6. Czy czasami zapominasz o recepcie na leki?	Tak 12 (18,18) Nie 54 (81,81)	
3. Kiedy czujesz się dobrze przestajesz zażywać leki?		Tak 19 (28,78) Nie 47 (71,21)
4. Kiedy czujesz się źle przestajesz zażywać leki?		Tak 21 (31,81) Nie 45 (68,18)
5. Czy zostałeś poinformowany o długotrwałym działaniu zażywanych leków przez lekarza pielęgniarkę?		Tak 44 (66,66) Nie 22 (33,33)
	Średnia 1,51	Średnia 1,83

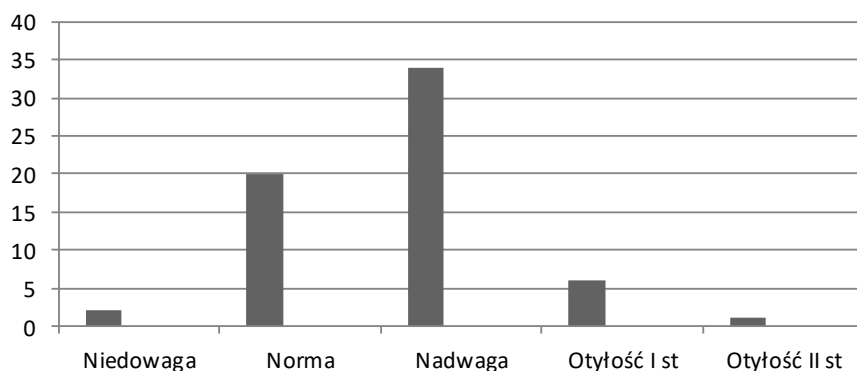
Wśród przyczyn nieprzestrzegania zaleceń badani najczęściej wskazywali: obawę o niepożądane działanie leków ( $n = 25$ ) oraz utrudniony kontakt z lekarzem ( $n = 24$ ) (ryc. 1).



Rycina 1. Liczba odpowiedzi wskazujących poszczególne przyczyny nieprze-  
strzegania zaleceń

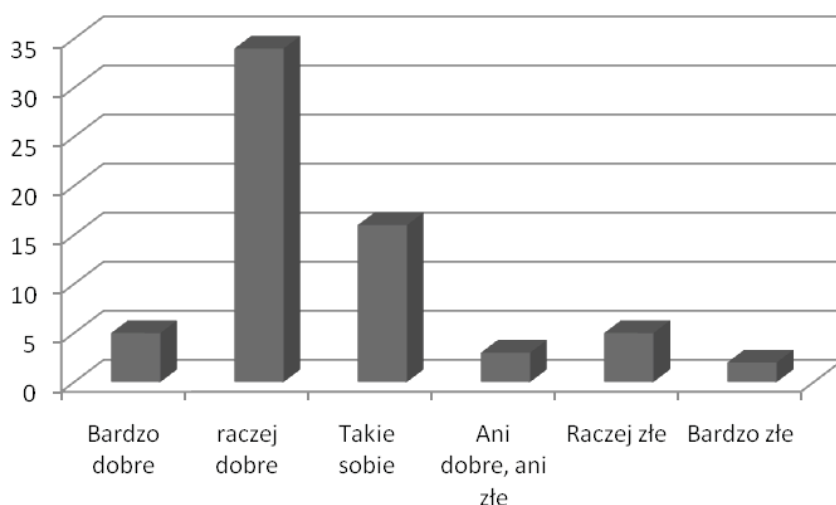
#### Ocena wskaźników dotyczących stylu życia

Na podstawie wskazanych przez respondentów pomiarów masy ciała i wzrostu wyliczono BMI. Średni wynik dla badanej grupy wyniósł  $26,34 \pm 3,71$ . Na rycinie 2 przedstawiono rozkład BMI według klasyfikacji otyłości zaproponowanej przez WHO [19]. Połowa badanych (51,51%) oceniła swoje samopoczucie jako „raczej dobre”, a 24,24% jako „takie sobie” (ryc. 3).



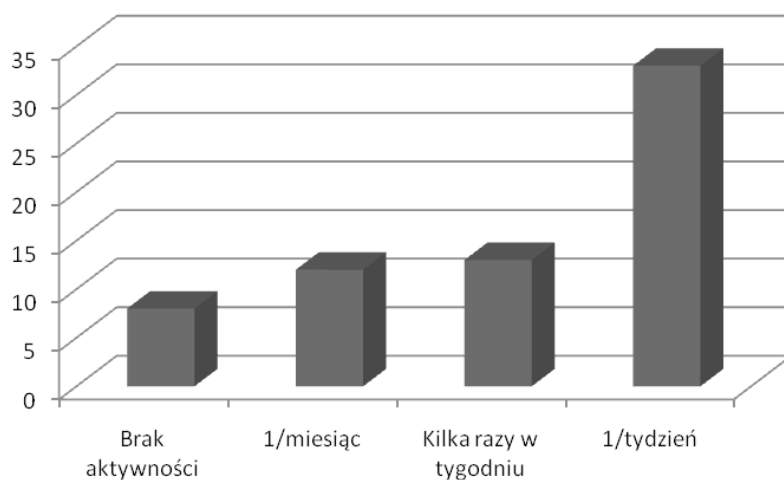
Rycina 2. Rozkład BMI (%) w badanej grupie





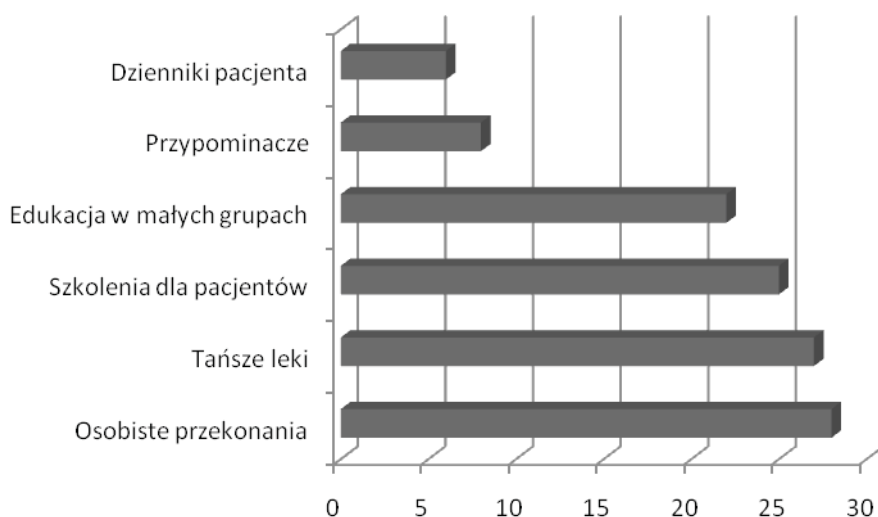
Rycina 3. Liczba badanych deklarujących poszczególne rodzaje samooceny samopoczucia (n = 66)

Oceniając styl życia wzięto pod uwagę następujące wskaźniki: aktywność fizyczną, palenie papierosów, spożywanie alkoholu. W zakresie aktywności fizycznej połowa badanych (50%) uprawia jakąkolwiek aktywność fizyczną przynajmniej raz w tygodniu. Jedna trzecia badanej grupy (30,3%) nie uprawia żadnej aktywności, bądź robi to sporadycznie (raz w miesiącu) (ryc. 4). Stwierdzono istotną zależność pomiędzy BMI badanych i aktywnością fizyczną ( $r = 0,303$ ,  $p < 0,05$ ). Wraz z obniżeniem aktywności fizycznej stwierdzano wyższe BMI.



Rycina 4. Liczba badanych deklarujących poziom częstotliwości aktywności fizycznej (n = 66)

Badana grupa w zdecydowanej większości (95,45%) odpowiedziała przecząco na pytanie dotyczące aktualnego palenia papierosów. W przypadku alkoholu ponad połowa badanych (62,12%) odpowiedziała, że spożywa alkohol okazjonalnie, przy okazji uroczystości rodzinnych, a 18,18% nie spożywa alkoholu w ogóle. Na zakończenie badanych zapytano o metody, które skłoniłyby badanych do przestrzegania zaleceń. Do poprawy przestrzegania zaleceń skłoniłaby badaną grupę zmiana osobistych przekonań (28 odpowiedzi). W dalszej kolejności badani wskazywali: możliwość zakupu tańszych leków, edukacja w małych grupach i szkolenia dla pacjentów (ryc. 5).



Rycina 5. Liczba odpowiedzi wskazujących możliwe metody poprawiające przestrzeganie zaleceń

## Dyskusja

Przestrzeganie zaleceń przez pacjenta w tak szerokim znaczeniu wymaga świadomości i zgody pacjenta. Pacjent staje się wówczas aktywnym partnerem lekarza, pielęgniarki. Skierowane do pacjentów szkolenia przyczyniają się do wzrostu świadomości pacjenta i poprawiają jego postawę wobec choroby.

Z przeprowadzonych badań wynika jednak, że badana grupa nie przestrzega sumiennie zaleceń. W ocenie przestrzegania zaleceń w zakresie farmakoterapii stwierdzono, że ponad połowa badanych przyznała, iż zapomniała zażyć swoich leków i nie przestrzega godzin przyjmowania leków, przy czym zdecydowana większość badanych nie zapomina o receptach na leki. Jest to element motywacji pacjenta do kontrolowania swojego leczenia. W ocenie wiedzy stwierdzono, że badana grupa nie przerywa terapii w zależności od samopoczucia i zo-

stała poinformowana o długotrwałym działaniu leków. W badaniu oceniającym stosowanie się do zaleceń lekarskich wśród pacjentów dotkniętych chorobami układu krążenia Pudło H. i wsp. 21% badanych nie przyjmowało leków o stałych porach, a 19% robiło to tylko czasami, 40% ankietowanych zdarzało się nie przyjąć zaplanowanej dawki leków. W badaniu tym za niepokojące wskazano, że 47% chorych przyznaje, iż w okresie lepszego samopoczucia zmniejsza dawki leków lub ich nie przyjmuje i odbywa się to bez przeprowadzenia konsultacji z lekarzem [20]. W ocenie przestrzegania zaleceń lekarskich i systematycznego przyjmowania leków u osób powyżej 65 roku życia uzyskano podobne rezultaty, jak w badaniu własnym. 55,7% osób powyżej 65 roku życia i 65,8% poniżej tego wieku przyznało się do nieprzestrzegania zaleceń lekarskich. Ponad 60% pacjentów odpowiedziało, że zapomniało przyjąć lekarstwo. Ponad 70% jest skłonnych pominąć dawkę zaleconego leku zarówno, kiedy czuje się źle i wiąże to z przyjmowanym lekiem, jak i wtedy, kiedy czuje się dobrze i uważa, że nie ma sensu zażyć lekarstwa [21]. W badaniu na grupie 66 pacjentów, oceniającym przestrzeganie zaleceń wśród biorców przeszczepu serca, Milaniak i wsp. wykazali, że 35% pacjentów przyznało, iż zapomniało zażyć leki immunosupresyjne, a 41% innych leków; 26% pacjentów nie przestrzegało godzin zażywania leków immunosupresyjnych. Przy czym stwierdzono wysoki poziom wiedzy na temat leczenia [22]. Wśród najczęstszych przyczyn nieprzestrzegania zaleceń badani najczęściej wskazywali: obawę o niepożądane działanie leków ( $n = 25$ ) oraz utrudniony kontakt z lekarzem ( $n = 24$ ). Wśród innych przyczyn badani wskazywali lenistwo i zapominanie. W cytowanych wcześniej badaniach wśród przyczyn badani wskazywali brak czasu lekarza oraz zbyt krótki czas wizyt [19]. Jako częstą przyczynę nieprzestrzegania zaleceń wskazuje się dużą liczbę leków, czy skomplikowany schemat przyjmowania leków brak objawów choroby [22,23,24]. Oceniając styl życia stwierdzono, że BMI badanej grupy wyniosło średnio 26,34.

W zakresie aktywności fizycznej połowa badanych (50%) uprawia jakąkolwiek aktywność fizyczną przynajmniej raz w tygodniu. Jedna trzecia badanej grupy (30,30%) nie uprawia żadnej aktywności bądź sporadycznie (raz w miesiącu). Otyłość i brak aktywności fizycznej w każdym wieku są przyczynami rozwoju chorób układu krążenia. W prewencji chorób układu krążenia zaleca się utrzymanie wskaźnika masy ciała BMI  $< 25 \text{ kg/m}^2$  oraz systematyczną aktywność fizyczną od 2,5 do 5 h tygodniowo [25]. W praktyce tylko 18% utrzymuje prawidłowe BMI i 34% uprawia systematyczną aktywność fizyczną [26].

Analiza wyników badań oceniającej aktywność fizyczną pacjentów z nadciśnieniem tętniczym wykazała, że jedna czwarta pacjentów (24,8%) z nadciśnieniem tętniczym nie jest aktywna fizycznie i prowadzi bierny tryb życia. Tylko 34% badanych osób deklarowało, że są aktywne fizycznie, a preferowaną formą uprawianej aktywności były spacer [26]. Wśród chorych kwalifikowanych do zabiegu kardiochirurgicznego wskaźnik BMI podczas wizyty kwalifikacyjnej wynosił 19,59–44,19 (średnio 28,8) [27]. W ocenie wpływu otyłości na funk-

cjonowanie osób dorosłych stwierdzono, że większość respondentów prowadziła siedzący tryb życia [28]. W kolejnym badaniu, oceniającym wpływ nadmiernej masy ciała na wystąpienie nadciśnienia tętniczego, również stwierdzono częste występowanie wśród badanych (72%) nadmiernej masy ciała [29].

Badana grupa w zdecydowanej większości (95,45%) odpowiedziała przecząco na pytanie dotyczące aktualnego palenia papierosów. W przypadku alkoholu ponad połowa badanych (62,12%) odpowiedziała, że spożywa alkohol okazjonalnie, przy okazji uroczystości rodzinnych, a 18,18% nie spożywa alkoholu w ogóle.

## Wnioski

1. W badanej grupie stwierdzono niski poziom motywacji do przestrzegania zaleceń (zapominanie, nieprzestrzeganie godzin przyjmowania leków, przerywanie leczenia), przy jednoczesnej dużej wiedzy.
2. Stwierdzono zależność między samooceną przestrzegania zaleceń a motywacją do przestrzegania zaleceń farmakologicznych.
3. Wśród przyczyn nieprzestrzegania zaleceń badani wskazywali obawę o niepożądane działanie leków oraz utrudniony kontakt z lekarzem.
4. Do poprawy przestrzegania zaleceń skłoniłaby badaną grupę zmiana osobistych przekonań.
5. Istnieje potrzeba zmiany osobistych przekonań oraz poprawa motywacji do przestrzegania zaleceń poprzez szkolenia oraz modele zmiany zachowań zdrowotnych.

## Bibliografia

1. *Raport o przestrzeganiu zaleceń terapeutycznych przez polskich pacjentów: polskiego pacjenta portret własny*. Fundacja na Rzecz Wspierania Rozwoju Polskiej Farmacji i Medycyny, Warszawa 2010.
2. Kardas P. *Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych na świecie i w Polsce*. [w:] *Polskiego pacjenta portret własny*. Fundacja na Rzecz Wspierania Rozwoju Polskiej Farmacji i Medycyny. Starogard Gdański 2010; 25–35.
3. Balkrishnana R. *The importance of medication adherence in improving chronic disease related outcomes: what we know and what we need to further know*. Medical Care. 2005; 43 (6): 517–520.
4. Sabaté E. *WHO Adherence Meeting Report*. World Health Organization, Geneva 2001.
5. Sackett DL. *Compliance with therapeutic regimens*. Baltimore, John's Hopkins University Press 1976.
6. Sabaté E. *Adherence – to long term therapies: evidence for action*. WHO Report. Geneva 2003 [[www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_full\\_reportat.pdf?ua=1](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_reportat.pdf?ua=1); 22.02.2014].

7. Kózka M, Płaszewska-Żywko L. *Diagnozy i interwencje pielęgniarские*. PZWL, Warszawa 2008.
8. Brosowska B, Dobrowolska B., Gaworska Krzemińska A. et al. *Współpraca z pacjentami i ich rodzinami – w trosce o przestrzeganie zaleceń terapeutycznych. Katalog pojęć ICNP*. Wydawnictwo Makmed, Warszawa–Lublin 2010.
9. Zarzycka D, Ślusarska B. *Podręcznik diagnoz pielęgniarских*. GC Media House, Warszawa 2011.
10. Siegal BR, Greenstein SM. *postrenal transplant compliance from the perspective of African-Americans, Hispanic-Americans, Anglo-Americans*. Adv Ren Replace Ther. 1997; 4: 46–54.
11. Dew MA, Di Martini EF, De Vito DA et al. *Risk Factors for Nonadherence to the Medical Regimen After Adult Solid Organ Transplantation*. Transplantation. 2007; 83 (7): 858–873.
12. Dobbels F, Vanhaecke J, Dupont L et al. *Pretransplant predictors of posttransplant adherence and clinical outcome: an evidence base for pretransplant psychosocial screening*. Transplantation. 2009; 87 (10): 1497–1504.
13. Sherry DC, Simmons B, Wung SF et al. *Noncompliance in heart transplantation: a role for the advanced practice nurse*. Prog Cardiovasc Nurs. 2003; 18 (3): 141–146.
14. Gordon K, Smith F, Dhillon S. *Effective chronic disease management: patients' perspective on medication-related problems*. Patient Educ Couns. 2007; 65: 407–415.
15. Bleser L, Matteson M, Dobbels F et al. *Intervention to improve medication adherence after transplantation: a systematic review*. Transplant International. 2009; 22 (8): 780–792.
16. Russel CL. *A clinical nurse specialist-led intervention to enhance medication adherence using the Plan–Do-Check-Act Cycle for continuous self improvement*. Clin Nurse Specialist. 2010; 24 (2): 69–75.
17. Miloch T, Annunzio R, Arnon R et al. *Improved adherence and outcomes for pediatric liver transplant recipients by using text messaging*. Pediatrics. 2009; 124 (5): 844–850.
18. Morisky DE, Green LW, Levine M. *Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence*. Med Care. 1986; 24: 67–73.
19. [www.apps.who.int/bmi/index.jsp; 22.02.2014].
20. Pudło H, Gabłońska A, Respondek M. *Stosowanie się do zaleceń lekarskich wśród pacjentów dotkniętych chorobami układu krążenia*. Piel. Zdr. Publ. 2012; 2 (3): 193–200.
21. Szydłarska D, Grzesiuk W, Dębski M et al. *Ocena przestrzegania zaleceń lekarskich i systematycznego przyjmowania leków u osób powyżej 65. roku życia*. Geriatria. 2010; 4: 165–169.
22. Milaniak I, Makiela W, Przybyłowski P et al. *Jak poprawić przestrzeganie zaleceń u pacjentów po przeszczepieniu serca*. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne. 2011; 2(5): 99–106.
23. Kuchar E, Szenborn L, Zaleska I. *Proste interwencje poprawiające przestrzeganie zaleceń terapeutycznych przez dzieci z przewlekłymi chorobami wątroby — doświadczenia jednego ośrodka i przegląd piśmiennictwa*. Forum Medycyny Rodzinnej. 2011; 5 (4): 345–351.

24. Matschay A, Turostowska R. *Ocena jakości współpracy lekarza i pacjenta w leczeniu nadciśnienia tętniczego wśród populacji kobiet i mężczyzn*. Nowiny Lekarskie. 2013; 82 (4): 294–302.
25. Perk J, De Backer G, Gohlke H et al. *Europejskie wytyczne dotyczące zapobiegania chorobom serca i naczyń w praktyce klinicznej na 2012 rok*. Kardiologia Polska. 2012; (70 supl. I): 1–100.
26. Cegła B, Filanowicz M, Dowbór-Dzwonka A et al. *Aktywność fizyczna pacjentów z nadciśnieniem tętniczym a jakość ich życia*. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne. 2012; 1: 26–33.
27. Zamojska E, Majewski W. *Ocena redukcji masy ciała u pacjentów kwalifikowanych do planowych operacji kardiochirurgicznych w Klinice Kardiochirurgii Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie – wyniki wstępne*. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne. 2008; 3: 99–101.
28. Grochowska A, Kołpa M, Musiał Z. *Wpływ otyłości na funkcjonowanie osób dorosłych*. Problemy Pielęgniarstwa. 2010; 1 (1): 25–29.
29. Czyżewski Ł. *Nadwaga i otyłość jako czynniki ryzyka wystąpienia nadciśnienia tętniczego*. Problemy Pielęgniarstwa 2008; 16: 128–135.

### **The assessment of level of adherence among participants of Undying Youth University and training for patients and their family**

**Abstract:** Non-adherence regarding pharmacotherapy and lifestyle – is aware non-adherence of the therapeutic team recommendations (total or partial, permanent or temporary). This phenomenon presents many dangers, particularly in the treatment of chronic diseases. Appropriate treatment of diseases requires compliance with recommendations for lifestyle. The objective of the study was assessment of adherence among the participants of the Undying Youth University and training for patients and their families. The study was conducted among 66 participants in the of Undying Youth University and training for patients and their families in John Paul II Hospital in Krakow. To conduct a study there were used a Modified Morisky Scale and authorship questions concerning lifestyle, causes of non-compliance and methods to improve adherence. The study group comprised 14 M and 52 F. Respondents rated their level of compliance on average 7.78 on a scale of 0 to 10. 66.66% of the study group forgot to take medication, 51.51% wasn't adhere to the hours of medication, 28.71% skips a dose, if it feels good and 31.81% when feel bad. 66.66% were informed about the action of drugs and 81.81% do not forget to renew prescription for medication. BMI of the study group averaged 26.24. 50% at least once a week practicing physical activity. The majority reasons for non-adherence were: difficult contact with the doctor, concern about the adverse effects of the drug, concern about interactions with other drugs, the high price of the drug, lack of understanding of the principles of treatment. For better compliance the group would make: training for patients, personal beliefs, cheaper drugs. The study group had a low level of motivation (forgetfulness, failure to hours, and interruption of treatment) with a high level of knowledge. Therefore there is a need to change behaviour through training to patients for the scope of treatment compliance.

**Key words:** adherence, life style, patient